

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-524864

ND: 33433

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1419 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HOUDER LAHSEN
 Date de naissance : 15 06 1952
 Adresse : 705 Haidi Ville des Ouvriers
 Tél. : 06 61 76 147 Total des frais engagés : 2598,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15-06-2020

Nom et prénom du malade : HOUDER LAHSEN

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 18 07 20

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

~~PAUBES~~ ~~Richard EL OTMANI~~

Dactyl et signature du Médecin
attestant le Parcours des Actes

Cahier du Pharmacien
 90 du Fournisseur
 1111 California
 2221 California
 3331 California
 4441 California
 5551 California
 6661 California
 7771 California
 8881 California
 9991 California

Cabinet du Pharmacien
Votre fournisseur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

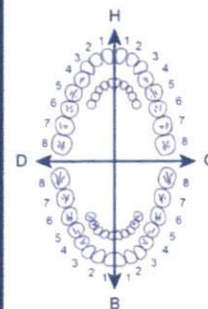
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

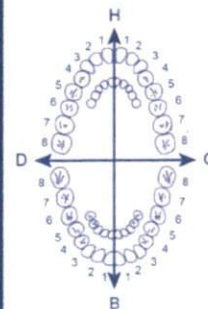
AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

11/11/2019

114

114

Page 10

11/11/2019

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE JERRADA OASIS

Docteur Hicham El OTMANI

Neurologue

Professeur de l'enseignement supérieur

- Electroneuromyographie (EMG) - Electroencéphalographie (EEG)
- Potentiels Evoqués : visuels, somesthésiques, auditifs
- Attestation de Formation Spécialisée en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
- Spécialiste dans la maladie de Parkinson, stimulation cérébrale profonde
- et injections de toxine botulique en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme de l'Académie Européenne de Neurologie (EAN)

مصحة جرادة الوازيس

الدكتور هشام العثماني

إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

التخطيط الكهربائي للرعاش

المجهودات المثارة

Casablanca, le 15-06-2020 في الدار البيضاء،

M. HOUDEIR

Lahsen

766,00 x 3

2298,00 ARICEPT 1000

1 - 0 - 0

3 mois



Professeur Hicham EL OTMANI
NEUROLOGIE - EEG / EMG
Clinique Jerrada Oasis
06 67 17 33 11
IMM : 061000991

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fes Imm. 1 Californie
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

Clinique Jerrada OASIS, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82

Web : www.cliniquejerrada.ma - Mail : direction@cliniquejerrada.ma

Gsm : 06 67 17 33 11 - E-mail : hichamotmani@hotmail.com

Lot n°: Ut. Avt. :

B372708 12-2021

P.P.V: 766DH00

Lot n°: Ut. Avt. :

B372708 12-2021

P.P.V: 766DH00

Lot n°: Ut. Avt. :

B372708 12-2021

P.P.V: 766DH00

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 15-06-2020

Facture N° 07291/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20F15123859

N° Identifiant : 004727/19

Nom & Prénom : M. HOUDEIR LAHSEN

C.I.N : ER

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 15-06-2020

Date Sortie : 15-06-2020

Médecin traitant : DR. EL OTMANI HICHAM

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
						0,00
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						300,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

Professeur Hicham EL OTMANI
NEUROLOGUE - EEG / EMG
Clinique Jerrada Oasis
06 67 17 33 11
INP : 091032391

CLINIQUE JERRADA OASIS

**NOM DU PATIENT : M. HOUDEIR
LAHSEN**

**DATE DE NAISSANCE : 01/01/1946
CJO20F15123859**



Reçu N°: 45907

Paiement du 15/06/2020 12h40

Actes

Montant

300,00 Dh

Type de paiement

Espèce

**Imprimé par : BENYAHYA Hind Le 15/06/2020
12h40**